

Einsatz-Nr.: _____ Name der/des Auszubildenden _____

Einsatznachweis

Einrichtung	
<input type="checkbox"/> Träger der praktischen Ausbildung	
<input type="checkbox"/> Andere Einrichtung: _____	<input type="checkbox"/> Stempel der Einrichtung
<input type="checkbox"/> Wohnbereich: _____	
<input type="checkbox"/> Station: _____	
<input type="checkbox"/> Fachrichtung: _____	
Einsatzform	
<input type="checkbox"/> I Orientierungseinsatz	
II Pflichteinsatz	
<input type="checkbox"/> 1. Stationäre Akutpflege	
<input type="checkbox"/> 2. Stationäre Langzeitpflege	
<input type="checkbox"/> 3. Ambulante Akut-/Langzeitpflege	
<input type="checkbox"/> III Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung	
<input type="checkbox"/> IV Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung	
<input type="checkbox"/> V Vertiefungseinsatz im Bereich eines Pflichteinsatzes	
<input type="checkbox"/> VI Weiterer Einsatz / frei verteilte Stunden im Bereich des Vertiefungseinsatzes	
Nachweis der praktischen Stunden ¹	
Praxiseinsatz vom _____	bis _____
Geplanter gesamter Stundenumfang: _____	
Geleisteter gesamter Stundenumfang: _____	
Urlaubstage: _____	Fehlstunden: _____
Nachdienststunden: _____	
Datum / Unterschrift (Einrichtung) _____	

Kenntnisnahme durch die/den Auszubildende/-n bzw. gesetzlicher Vertretung

Datum, Unterschrift: _____

¹ Von der Einrichtung des Praxiseinsatzes auszufüllen.